



Oltre la Non Autosufficienza, diritto alla salute e alla vita indipendente

- L'Italia è uno dei Paesi al mondo con la speranza di vita più elevata - indicatore positivo che va salvaguardato - ma con un primato negativo riferito agli anni vissuti con disabilità (in condizione di non autosufficienza)ⁱ. Il fenomeno è certamente connesso alla costante crescita del numero di persone anziana sul totale della popolazione, tuttavia l'invecchiamento non è inevitabilmente causa di non autosufficienza; questa può essere fortemente ridotta. Molto dipende dagli interventi di prevenzione e promozione della salute negli anni precedenti alla vecchiaia, poi da quelli per un invecchiamento attivo ed in buona salute, e dalle condizioni in cui si svolge l'assistenza socio sanitaria integrata e il lavoro di cura rivolti alle persone anziane.
- Oggi, più di 3,5 milioni di persone, in gran parte anziane (l'81%), sono classificate come non autosufficientiⁱⁱ e molti altri hanno bisogno di aiuto per le esigenze della vita quotidiana. I servizi assistenziali, sociosanitari e sanitari offerti presentano grandi differenze tra regioni. Ben sei persone disabili su dieci hanno problemi di salute, soffrendo di una o più malattie cronicheⁱⁱⁱ. Inoltre va considerato che il previsto invecchiamento della popolazione aumenterà la platea delle persone non autosufficienti, mentre il restringersi dei nuclei familiari accrescerà le necessità di servizi/cure extrafamiliari^{iv}.
- La risposta finora data dalle istituzioni a questa vera emergenza nazionale è stata frammentaria, inadeguata e disorganizzata^v, con uno stanziamento di risorse insufficiente e disomogeneo. La riduzione della spesa sanitaria e di quella sociale hanno avuto ripercussioni negative sul già fragile sistema dei servizi socio sanitari, stressando ulteriormente le famiglie sia con persone disabili gravi che anziane non autosufficienti. Il forte coinvolgimento delle famiglie nel processo di cura non si limita solo alle cure informali (con ripercussioni sulla vita lavorativa e l'organizzazione familiare che ricade soprattutto sulle donne), ma comprende anche spese private crescenti che incidono maggiormente sui nuclei a medio – basso reddito, facendolo divenire uno dei fattori principali di povertà.
- La principale risorsa mobilitata è infatti il ricorso alle assistenti familiari mentre gran parte della spesa pubblica riguarda prestazioni monetarie e di ricovero in

strutture residenziali^{vi}. E proprio nelle strutture residenziali durante l'emergenza pandemica si è registrato il più alto numero di casi e di decessi, svelando tutti i limiti di un sistema assistenziale fondato sull'istituzionalizzazione. Lo scenario, davvero preoccupante, è stato di recente confermato anche dai documenti della "Commissione per la riforma dell'assistenza socio sanitaria per le persone anziane" presieduta da mons. Vincenzo Paglia.

LE PROPOSTE DEL SINDACATO

- Di fronte a questa drammatica situazione, CGIL, CISL, UIL confederali e dei pensionati sostengono da tempo che sia indispensabile approvare una *Legge quadro nazionale per la Non Autosufficienza*, e di farlo oggi anche utilizzando il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). CGIL CISL UIL hanno presentato, in occasione del dibattito sul PNRR, un documento con precise proposte riferite anche alla Non Autosufficienza e per il diritto alla vita indipendente.
- Il documento sul PNRR, e i contenuti della proposta di legge appena richiamata, chiedono esplicitamente di finanziare soluzioni, in attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, per:
 - armonizzare e semplificare le diverse modalità di valutazione/certificazione della disabilità e non autosufficienza (considerando il bisogno di aiuto alla persona oltre che sanitario);
 - definire criteri uniformi in tutto il territorio nazionale per il riconoscimento della condizione di non autosufficienza;
 - aumentare le risorse dedicate;
 - individuare i Livelli Essenziali delle prestazioni per assicurare in modo uniforme in tutto il Paese il diritto alle salute e alle cure all'assistenza sociale per le persone NA, adeguatamente finanziati, superando la dispersione e la frammentazione esistente tra le diverse norme e gli strumenti già in vigore, organizzando la piena integrazione tra gli interventi dei Livelli sociali con quelli dei LEA sanitari incrementando il loro finanziamento (per garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa dell'area sanitaria e dei servizi sociali);
 - promuovere la salute e il diritto alla vita indipendente;
 - garantire diritto all'accesso, alla valutazione multidimensionale e presa in carico con piani personalizzati, da garantire in ogni territorio (vanno potenziati i PUA e le UVM attraverso un rafforzamento del servizio sociale dei comuni ed una stretta integrazione di questi con l'Azienda Sanitaria, e definito un unico responsabile del caso);
 - assicurare l'assistenza alle persone non autosufficienti prioritariamente nel proprio contesto di vita e promuovere la vita indipendente delle persone non autosufficienti e con disabilità, investendo decisamente nell'assistenza sociosanitaria domiciliare e semiresidenziale con investimenti nella robotica e domotica;

- riqualificare l'assistenza ed il lavoro di cura domiciliare di caregiver e badanti, raccordandolo con il sistema dei servizi e prevedendo misure di sollievo e sostegno alle famiglie anche attraverso il riconoscimento della figura dei caregiver;
 - promuovere strutture di prossimità ed intermedie (del tipo case della salute, Ospedali di comunità) dove collaborano tutti i professionisti della sanità e del sociale. Utilizzando il Budget di salute come strumento di integrazione sociosanitaria e di personalizzazione degli interventi;
 - prevedere ove possibile, qualora fosse necessario il ricorso ad una struttura di ricovero, modalità residenziali in nuclei inseriti nel tessuto urbano e quindi parte integrante della comunità, ciò implica un progetto a sostegno della riqualificazione e riorganizzazione in tal senso delle attuali strutture (Rsa, Case di riposo, comunità alloggio), comprese le regole di accreditamento delle strutture private, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, gli standard quanti-qualitativi del personale, con un piano di aggiornamento e riqualificazione, i controlli e la partecipazione delle OO.SS.;
 - prevedere misure a sostegno dell'abbattimento delle barriere architettoniche, dell'adeguamento degli edifici, del diritto alla mobilità delle persone non autosufficienti e con disabilità, del superamento della contenzione meccanica.
- Per realizzare tutto ciò è indispensabile un quadro di riferimento legislativo ed istituzionale nazionale, fondato su un costante coordinamento degli indirizzi normativi e degli atti di programmazione, tra il Ministero della Salute, quello del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Dipartimento Disabilità, la Conferenza delle Regioni e l'Anzi.
 - Va prevista la partecipazione delle organizzazioni sindacali e associazioni sociali nei processi di governance a tutti i livelli del sistema di assistenza per la non autosufficienza.

18 marzo 2021

ⁱ I HME Health Data 2019 <http://www.healthdata.org/gbd/2019>

ⁱⁱ [Conoscere la disabilità ISTAT 2019](#)

ⁱⁱⁱ ⁱⁱⁱ ISS Passi d'Argento 2019 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/passi/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-patologie-croniche.pdf>

^{iv} ^{iv} Le stime suggeriscono che nel 2060 la quota di anziani dall'attuale circa 23% della popolazione arriverà a raggiungere tra il 31 ed il 37%. Nel 2060 la speranza di vita a 65 anni raggiungerà in base allo scenario mediano ulteriori 22,4 anni per gli uomini e 26 per le donne. (ISTAT 2020)

^v ^v L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 7' Rapporto 2020/2021 N.N.A.

^{vi} ^{vi} Ragioneria Generale dello Stato "[Tendenze di medio lungo periodo della spesa previdenziale e sanitaria 2020](#)"